



DIABÈTE ÉDUCATION

Vol. 12 - N° 4
2002

Journal du DESG de langue française

Section francophone du Diabetes Education Study Group – EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF DIABETES

Éditorial

L'éducation thérapeutique des diabétiques ... et des autres malades chroniques

La part prise par les diabétiques à la gestion de leur traitement inspire au responsable de l'institution en charge de la diffusion de l'éducation thérapeutique des réflexions contrastées. Les diabétiques ont été les premiers à bénéficier des efforts d'une éducation thérapeutique, reprise ensuite dans bien d'autres pathologies. Je garde le souvenir des séances "historiques" où, jeune interne dans le service de mon maître R. Simonin, nous balbutions nos premiers messages, destinés aux diabétiques insulino-dépendants à l'occasion de chacune de leurs hospitalisations.

J'ai vécu la création des groupes de travail réunissant médecins, infirmières et patients, travaillant de concert à délivrer ces derniers de la dépendance de l'injection, jusque là réalisée par un tiers. Puis l'accompagnement de la révolution de la glycémie capillaire, qui a rendu nécessaire la tenue d'un carnet mais possible, enfin, l'adaptation des doses autrement qu'à l'occasion d'incidents sévères!

Et les débats passionnés, les positions tranchées! Les tenants de la responsabilité exclusivement médicale, ceux qui voulaient bien d'une information mais seulement "délivrée" à des fins purement psychothérapeutiques, afin d'obtenir plus aisément la soumission du patient à des prescriptions mieux adaptées... et enfin les "irresponsables" qui voulaient susciter la réflexion personnelle du patient sur ses doses d'insuline!

Ces souvenirs évoquent un temps lointain. Il n'y a plus un service de diabétologie qui ne dispose de sa structure d'éducation ou d'une consultation où ce thème soit abordé, tant les diabétologues sont globalement convaincus de l'importance de cette formation. ➡

Le bureau du DESG

- | | |
|--|--|
| ■ Président : | Serge HALIMI (Hôpital Nord, GRENOBLE) |
| ■ Vice-Président : | Jean-Louis GRENIER (Hôpital V.Provo, ROUBAIX) |
| ■ Vice-Présidents adj. : | Ghislaine HOCHBERG (Paris)
Bernard CIRETTE (Centre Hospitalier, NEVERS)
Claude COLAS (Paris) |
| ■ Secrétaire générale : | Helen MOSNIER-PUDAR (Hôpital Cochin, PARIS) |
| ■ Secr. général adjoint : | Simone JEAN (Hôpital St-Joseph, PARIS) |
| ■ Trésorier : | Jean-Michel RACE (Hôpital Sud, AMIENS) |
| ■ Présidents d'honneur : | Paul VALENSI (Hôpital J.Verdier, BONDY)
Fabienne ELGRABLY (Hôtel-Dieu, PARIS) |
| ■ Responsable du Journal Diabète Éducation : | Guillaume CHARPENTIER
(Hôpital Gilles de Corbeil - CORBEIL ESSONNES) |
| ■ Responsables des Groupes Régionaux : | Anne-Marie LEGUERRIER (Hôpital Sud RENNES)
Bernard CIRETTE (Centre Hospitalier, NEVERS) |
| ■ Responsable de la Formation des formateurs : | Judith CHWALOW (Hôtel-Dieu, PARIS) |

SOMMAIRE

- **ÉDITO**
- L'éducation thérapeutique des diabétiques ... et des autres malades chroniques 55
(JL. SANMARCO)
- **VU POUR VOUS / 1**
- Atelier thérapeutique culinaire 56
(N. BACLET)
- **VU POUR VOUS / 2**
- Les ateliers pratiques de nutrition 59
(M. TRAMONI)
- **ÉVALUÉ POUR VOUS**
- Facteurs de risques vasculaires : les patients ne connaissent pas leurs objectifs thérapeutiques. Lien avec l'observance ? 61
(C. MEYER)
- **A PROPOS D'AUTRES MALADIES CHRONIQUES**
- Bouger avec un corps gros 62
(P. DALARUN)
- **ÉTUDE DE CAS**
- Forcer l'altruisme ? 63
(C. COLAS)
- **L'ÉDUCATION DES DIABÉTIQUES DANS LES GRANDS CONGRES INTERNATIONAUX**
- Rencontre internationale, entre soignés et soignants, sur le thème "sport et diabète" 64
(C. BERNÉ)
- **SANTÉ - ÉDUCATION 2003**
- Paris, 24 janvier 2003
Pré-programme 67
- **FORMATION DES FORMATEURS**
- Session 6 / 2002-2003 68
- **IDF 2003**
- Paris, du 25 au 28 août 2003
Appel à résumés de communication en ÉDUCATION 69

Le DESG de langue française remercie :

**LES LABORATOIRES
SERVIER,**

**LES LABORATOIRES :
BAYER-DIAGNOSTIC
BECTON-DICKINSON, AVENTIS,
LIFESCAN, LILLY,
MEDISENSE, MERCK-LIPHA,
NOVO-NORDISK,
PARKE-DAVIS, ROCHE**

de leur collaboration et de leur soutien

Les réunions et les publications sur ce thème abondent, souvent de très haute tenue. Elles ont accompagné et facilité de grands progrès dans la prise en charge de cette affection : une insuline stable à la température ambiante, des stylos d'un usage évident, des lancettes indolores et le remboursement de lecteurs de glycémie simples, rapides et fiables. On pourrait croire qu'il suffit maintenant à l'ensemble du corps médical de suivre l'exemple des diabétologues. Il n'en est malheureusement rien.

A côté des diabétiques de type 1 qui n'ont souvent pas l'équilibre qu'on pourrait attendre d'une telle débauche d'efforts, la grande masse des diabétiques de type 2, suivis à 95% par des généralistes, n'est pas bien équilibrée. Ils passent deux fois moins à l'insuline que les mêmes patients allemands ou britanniques, le diabète reste la première cause de cécité de l'adulte, les taux d'amputation annuels de tout ou partie des membres inférieurs font froid dans le dos... Il y a encore des diabétologues en première ligne du nouveau combat, mais celui-ci est loin d'être gagné.

On a donné à une fraction de la population atteinte, considérée comme la plus gravement atteinte, les moyens de faire face et de le faire correctement. Mais nous n'avons pas encore su donner à tous les raisons de le faire.

On entend encore aujourd'hui parler de "petits diabètes", voire de "simples glycémies élevées"... Aux deux extrêmes de la population des diabétiques de type 2, ceux qui sont à la porte du traitement comme ceux qui devraient passer à l'insuline, la réponse apportée est souvent beaucoup trop pusillanime. Et à tous nous n'osons pas donner un objectif suffisamment ambitieux, tant nous avons conscience de ne pas leur proposer en même temps les moyens qui leur permettraient de l'atteindre. Il y faut certes une technique, mais surtout des raisons de l'utiliser. Il faut la conscience claire, partagée par le malade et le médecin, que la gestion quotidienne au long cours de cette affection appartient au patient, au patient seul. Que l'objectif n'est pas de faire "au mieux" mais que l'on doit tendre pour ces patients à une survie et une qualité de vie équivalentes à celles de sujets indemnes de cette affection. Pour ce faire nous ne pouvons être que conseillers, à la disposition de nos patients, et non leaders ; capables de les aider à choisir l'objectif thérapeutique qui leur paraît licite et, ensuite seulement, leur fournir les

moyens de l'atteindre. Mais nous n'avons pas la possibilité de leur imposer notre choix, au risque qu'ils ne s'engagent pas à long terme dans un combat qui ne sera pas devenu le leur.

Et le diabète est le parangon de toutes les pathologies chroniques. Personne n'en a jamais guéri. Mais la définition d'une maladie chronique mérite d'être précisée. Comme on n'en guérit pas les patients ont tendance à croire qu'ils vont en mourir ou au moins en souffrir. Alors que la maladie chronique va bien sûr durer aussi longtemps que le malade, mais elle doit, quand elle est bien gérée, lui laisser vivre une vie quasi parfaite. La cohabitation doit être "sous contrôle", pour être la plus confortable possible. Contrôle activement mené par un patient responsable : convaincu que cela relevait de sa responsabilité et qu'il savait comment l'assumer. On ne peut pas, pour en arriver là, lui délivrer une prescription, de régime, d'activité physique, de médicaments ou d'autre chose, mais lui apprendre, une fois son objectif personnel déterminé et choisi ensemble, comment l'atteindre et comment cohabiter avec un "voisin" qui a tendance à devenir envahissant dès qu'il n'est pas "tenu".

Or les médecins, les autres moins encore que les diabétologues, ne sont pas éduqués à transmettre un tel message.

A cela on peut avancer deux raisons associées. Ils apprennent encore essentiellement à gérer des situations brèves dans une optique de guérison. Leur prescription "verticale" est totalement inadaptée à la négociation des objectifs comme des moyens d'y parvenir, qu'impose la cohabitation avec une maladie chronique. La deuxième raison doit être avancée avec prudence. Les médecins acquièrent leur propre apprentissage de façon respectueuse et "verticale". Ils reçoivent leurs connaissances, au lieu de les acquérir. Ils font ce que qu'ils reprochent à leurs malades. Et si le cours magistral était responsable du taux de complications dégénératives de nos patients diabétiques ?

Ce n'est sans doute pas qu'une boutade, mais on ne peut pas attendre, pour en apprécier la pertinence, les résultats de la réforme en cours des études médicales, à base d'enseignements dirigés ! D'ici là les diabétologues seront encore en première ligne. Puisent ils nous apporter leur aide et nous faire bénéficier de leur expérience. Élaborer puis délivrer une éducation thérapeutique performante à tout patient porteur d'une affection chronique est un beau défi à relever ensemble.

JL. Sanmarco

Président de l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

VU POUR VOUS / 1

Atelier thérapeutique culinaire

Dans le service de Nutrition de l'Hôtel Dieu (1, place du Parvis Notre-dame 75004 Paris), les patients en surcharge pondérale ou obèses, sont hospitalisés soit en structure de jour pour un premier bilan et prise en charge diététique, soit en hôpital de semaine ou en hôpital de quinzaine lorsque les complications de l'obésité sont importantes : syndrome d'apnée du sommeil, diabète, hypertension artérielle, obésité morbide pour décision d'une intervention de type gastroplastie ou court-circuit gastro-intestinal (Roux en Y). Une équipe de 6 diététiciennes avec un cadre diététicien, et un bataillon de 9 aides soignantes

s'occupent de l'éducation nutritionnelle de ces patients. La cuisine pour les 28 patients hospitalisés est réalisée sur place, indépendamment de l'unité centrale de production, afin de préparer une cuisine adaptée, familiale, pauvre en matière grasse, équilibrée, variée, épicée, appétissante et bien présentée. Les bonnes odeurs flottent dans cette partie du service quasiment toute la journée.

C'est le lieu de repas pour les patients qui peuvent venir aider à la cuisine afin de se familiariser avec les différentes techniques culinaires et discuter des recettes avec les aides-soignantes. Autour

de la prise en charge classique diététique (enquêtes alimentaires, étude du comportement alimentaire, plans alimentaires de sortie, visites et consultations) s'organise un atelier culinaire, « fleuron » du service.

L'Atelier culinaire :

Définition - L'atelier rassemble des cours de diététique et des démonstrations de cuisine allégée en matières grasses. Cette animation concerne les patients ayant un problème de poids (obèse ou non, trouble du comportement alimentaire présent ou pas). Ils sont hospitalisés principalement en hôpital de jour, mais aussi en hôpital de semaine (atelier une fois par semaine au dîner) ou traditionnel (les patients sont alors intégrés au groupe de l'hôpital de jour). Avant l'atelier les patients ont eu un entretien avec une des diététiciennes qui leur a remis leur prescription alimentaire journalière personnalisée et adaptée aux résultats des différents examens, et un dossier comprenant les besoins nutritionnels, une semaine de menus, avec recettes salées et sucrées ainsi que les équivalences alimentaires.

Objectif - L'objectif de cet atelier est d'apprendre au patient à gérer au mieux son alimentation dans toutes les situations et les lieux de repas auxquels il sera confronté dans sa vie quotidienne, y compris chez soi, seul, ou en famille, ceci sur la base d'une information sur l'équilibre alimentaire et par l'abord de la cuisine sans matière grasse.

Le personnel - Une diététicienne et une aide-soignante travaillent en binôme. Elles encadrent le groupe composé de 6 à 9 personnes maximum. Elles animent en alternance la séance. Ce couple varie chaque jour. L'atelier fonctionne 5 fois par semaine : 4 fois pour le déjeuner et une fois pour le dîner avec les patients de l'hôpital de semaine.

Le matériel - L'atelier de démonstration culinaire (45 m² au niveau du service de nutrition) est composé entre autres, de 4 plans de cuisson, d'un four à micro-ondes et d'un four traditionnel. La batterie de cuisine et le matériel de cuisson nécessaires à la cuisson des aliments sont sortis. Les aliments sont commandés directement au prestataire de service chaque semaine. Ces supports visuels (panneaux, brochures, embal-

lages) sont utilisés pour la partie cours. Chaque patient apporte sa prescription alimentaire et ses documents.

Méthode - La réalisation d'un plat en sauce sans matière grasse et d'un dessert sucré (gâteau) proposés au menu du jour élaboré par l'équipe aide-soignante et contrôlée par l'équipe diététique, est organisée : c'est une cuisine de type familiale, reproductible car à base d'ingrédients facilement accessibles dans les magasins alimentaires. Cette cuisine est mijotée, épicée selon les désirs du groupe. L'adaptation de ce menu et de ces préparations est faite pour chaque patient par rapport à ses quantités prescrites.

Déroulement de l'activité (pour les patients de l'hôpital de jour).

* 10H45-11H : La diététicienne animatrice s'informe auprès de ces collègues des patients qui vont aller en atelier et qu'elle ne connaît pas. Elle prend note des difficultés de ces patients et des objectifs diététiques que diététiciennes et patients se sont fixés d'un commun accord.

* 11H : les patients se réunissent sur le lieu de cuisine et de salle à manger.

La diététicienne et l'aide-soignante se présentent au groupe et annoncent le déroulement de l'atelier.

* 11H-11H30 : tour de table : les patients se présentent et racontent succinctement leur histoire pondérale (circonstances déclenchantes, régimes antérieurs, et prise éventuelle de médicaments). Puis la diététicienne informe les patients sur les différents facteurs de prise de poids, et la place de l'alimentation dans la régulation pondérale afin d'introduire l'équilibre nutritionnel et la cuisson sans matière grasse.

* 11H30-12H : Les patients sont invités à se laver les mains et à mettre un tablier (respect des procédures HACCP!!!). L'aide-soignante prend le relais pour animer la réalisation du plat et du dessert ; elle aborde les différentes techniques de cuisson sans matière grasse et de l'intérêt de l'utilisation d'aromates, épices et condiments, tomates et citron, alcools dans la cuisson pour donner du goût à ces préparations. Elle développe les astuces de cuisson pour épaissir une sauce, les conseils pour l'entretien du matériel pour assurer une bonne utilisation. Elle veille à ce que les patients participent à la surveillance de la cuisson et que chacun

prenne un moment la spatule pour faire revenir la viande ou pour mélanger la farine et les œufs. La diététicienne reprend tous ces éléments en insistant sur la notion de cuisine « santé » pour tous. Elle répond aux questions des patients.

MENU DU JOUR

CONCOMBRE AU YAOURT
SAUTÉ DE PORC AU CIDRE*
SALSIFIS VAPEUR
PÂTES TRICOLORES
FROMAGES OU LAITAGES
GÂTEAU POIRE/BANANE*

* plats cuisinés en atelier

* 12H-12H30 : Pendant la cuisson du plat et du dessert, les patients s'entraînent à évaluer les quantités de certains aliments : fromage, pain, féculents, fruits, pour illustrer les équivalences (notamment la part de gâteau du menu) avec la diététicienne.

* 12H30-13H : Chaque patient réfléchit à son menu et écrit les quantités qu'il va manger en fonction de son plan alimentaire. Puis il va confectionner son plateau avec l'aide-soignante et la diététicienne qui valideront le choix de chacun. Les portions seront pesées. L'entrée, les féculents et les légumes verts sont préparés sans assaisonnement par la cuisine du service.

* 13H-13H45 : prise du repas en commun avec la diététicienne : c'est un moment privilégié d'échanges entre les patients. Ils s'étonnent de la quantité qu'ils ont à manger et se régalent de la sauce et du gâteau. Une boisson chaude est proposée pour terminer ce déjeuner.

* 14H-15H : Le groupe se retrouve en table ronde, à l'hôpital de jour, pour discuter des thèmes non encore abordés au cours de l'atelier. La diététicienne leur fournit de nouveaux documents : table de composition, équivalences sucrées et salées. Ces thèmes sont : l'étiquetage alimentaire, comment gérer les invitations, les choix au restaurant, les plats « tout prêts », les repas rapides, les boissons sucrées, alcoolisées. Cette seconde partie est adaptée aux besoins des différents groupes.

Avis des patients :

Ces ateliers sont dans l'ensemble, très appréciés par les patients : ceux qui sont connus du service et qui sont à nouveau hospitalisés reviennent bien volontiers. C'était le cas du groupe avec lequel j'ai partagé le repas. Ils m'ont raconté qu'ils n'oubliaient pas la méthode de cuisson apprise dans le cours de cuisine. Mais l'appliquer tous les jours est difficile car faire la cuisine mijotée prend du temps. Ils ont bien mangé, ils sont satisfaits : ils félicitent et remercient l'aide soignante.

Ceux qui n'apprécient pas l'atelier sont les personnes qui n'aiment pas faire la cuisine, qui ne se sentent pas concernées comme certains adolescent(e)s, ou qui ont des difficultés à s'intégrer dans un groupe. Se pose la question du bon diagnostic éducatif : proposer la meilleure stratégie possible pour un patient donné. Les personnes non intéressées peuvent déstabiliser un groupe.

Discussion :

Aspects positifs : très bonne organisation, un personnel compétent, motivé et un duo très performant : aide-soignante/diététicienne (valorisation du travail éducatif de l'aide-soignante). Les locaux sont grands, clairs, très agréables. Un enseignement diététique complet, qui mêle la théorie et la pratique pendant 4 heures, table ronde comprise. Des documents très (trop ?) complets. Les patients peuvent être accompagnés par leur conjoint ou un membre de leur famille. Les recettes sont excellentes et les cuisinières sont de véritables cordons-bleus (elles ont été choisies sur ce critère).

Réflexions :

Les patients regardent plus qu'ils ne participent à la fabrication du plat en sauce et du gâteau. Ils ne confectionnent pas l'assaisonnement pour les crudités par exemple. Problème de temps.

Ils ne repartent pas avec la recette du plat cuisiné (certains plats sont décrits dans les documents mais pas tous).

Il est dommage que l'aide-soignante ne partage pas le repas (elle pourrait mais elle ne le souhaite pas).

Comme souvent l'homogénéité du

groupe n'est pas obtenue et certains patients s'étonnent ouvertement de voir avec eux une personne à l'IMC bien inférieur au leur.

L'enseignement diététique est long, avec des notions très précises qui ne sont pas toujours nécessaires et adaptées à la population certes française (peu de population migrante) mais qui peut présenter des problèmes de lecture (beaucoup de documents à lire), d'écriture et donc de suivi et de compréhension des tâches demandées. Sans doute serait-il aussi intéressant de travailler avec des aliments factices et des emballages d'alimentation pour l'animation des tables rondes.

La station debout est très fatigante pour ces personnes obèses : elles demandent à s'asseoir et alors s'éloignent du plan de cuisson. Il serait aussi intéressant de profiter du repas pour parler de la palatabilité des aliments, des sensations et du plaisir de manger : ce qui n'est pas toujours fait : besoin d'harmoniser l'animation.

Une réflexion plus pertinente et surtout pluridisciplinaire (médecin, psychologue, infirmier, diététicienne) pour proposer l'atelier à des patients particuliers serait bien venue afin d'éviter les difficultés de gestion de groupe.

Diététiciennes et aides-soignantes n'ont pas été formées aux techniques de communication et à l'animation de groupe, ce qui les gêne dans la gestion des conflits au sein du groupe.

Enfin peu d'évaluation a été faite sur l'amélioration des connaissances et l'intégration des conseils et démonstrations donnés, dans la vie quotidienne des patients.

Conclusion :

Cet atelier thérapeutique culinaire, comme toute activité de groupe, est très intéressant pour les patients qui se rencontrent et qui échangent leurs expériences. C'est un moyen ludique, concret, fort agréable pour discuter technique culinaire et recettes, j'en suis convaincue.

Mais je retiendrai avant tout que ces ateliers sont une démonstration de l'intégration totale du personnel aide-soignant dans l'éducation thérapeutique des patients en partenariat ici, avec les diététiciennes. Je pense qu'il faut continuer à encourager ce rôle des aides soignantes, dans l'accompagnement des patients pour les aider, dans leur changement de comportement alimentaire. Elles sont très proches des patients et doivent développer des qualités relationnelles et d'écoute indispensables dans les services qui prennent en charge les maladies chroniques. Il est nécessaire qu'elles soient intégrées dans toutes les formations des équipes aux techniques de communication et de mises à niveau des connaissances.

Nadine Baclet - Paris

La table ronde

Les patients de l'hôpital de semaine ou les patients de l'hôpital de jour se retrouvent une fois par semaine pendant une heure, une heure et demie, dans une salle avec la diététicienne pour aborder en table ronde, une discussion autour des variations sur le thème de l'alimentation équilibrée avec des documents spécifiques : table de composition, équivalences sucrées et salées.

Ces thèmes sont :

- L'étiquetage alimentaire : apprendre à le déchiffrer et à l'interpréter.
- Les invitations : on reçoit ou on est invité, quels sont les aménagements possibles ou souhaitables ou souhaités ?
- Les restaurants : cuisine des différents pays, quels menus ou plats choisir ? Les plats gastronomiques : quel risque ?
- Les plats « tout prêts » : le choix en fonction de l'étiquetage.
- Les repas rapides : fast-food, sandwiches, substituts de repas : quelle attitude adopter ?
- Les boissons sucrées, alcoolisées : quelles quantités consommer ?

Cette seconde partie est adaptée aux besoins des différents groupes en fonction des demandes, des préoccupations, des motivations, et des modes de vie.

VU POUR VOUS - 2

Les ateliers pratiques de nutrition

Service de Santé Publique du CHU Timone - Marseille

Le service de Médecine Interne et Santé Publique de la Timone (Professeur JL. San Marco) organise depuis près de 10 ans des Ateliers pratiques de Nutrition dont l'objectif est d'apporter une aide aux patients qui suivent un régime, en général pour une pathologie métabolique, en donnant forme et vie aux prescriptions diététiques traditionnelles.

Les patients, pris en charge en hospitalisation de jour, sont adressés soit par les différents spécialistes consultants du service de Santé Publique, soit par d'autres services hospitaliers, soit par des praticiens libéraux.

Le service organise un atelier par semaine pour 6 à 8 patients. Chaque atelier se déroule sur une journée (8h30 à 16h) et comporte trois phases principales : des exposés théoriques le matin, la préparation et le partage du repas en fin de matinée, un groupe d'expression en début d'après midi. Plusieurs évaluations s'intercalent entre ces différentes sessions.

L'équipe animatrice est constituée d'un médecin nutritionniste, d'une infirmière et d'une aide soignante ayant toutes deux bénéficié d'une formation spécifique en diététique, d'une kinésithérapeute. Il s'y ajoute habituellement un ou deux observateurs : étudiants en médecine, élèves infirmières ou diététiciennes, voire médecins de ville. L'infirmière et l'aide soignante constituent le "noyau dur" de l'atelier dans la mesure où elles encadrent le groupe tout au long de la journée et jouent donc un rôle essentiel dans sa dynamique.

Avant le début de l'atelier, chaque patient est vu individuellement par l'infirmière qui remplit un dossier synthétisant ses antécédents médicaux, en particulier métaboliques, son mode de vie et les principales difficultés rencontrées dans le suivi de ses éventuelles prescriptions diététiques.

L'atelier se déroule dans une vaste pièce intégrant une cuisine dotée de tout l'équipement nécessaire à la préparation du repas, et un espace salle de cours, facilement convertible en salle à manger. Après l'accueil des participants, le programme de la journée et les différents intervenants sont présentés. Puis, dans un bref tour de table, chaque patient évoque les raisons de sa participation et ses attentes personnelles quant à cette session. Une première fiche d'évaluation est remise à chaque participant pour permettre de cerner ses principales erreurs alimentaires et servir de point de comparaison avec la seconde fiche remplie en fin de séance.

Les exposés théoriques

Ils sont présentés par le médecin nutritionniste et l'infirmière occupent ensuite environ 2 heures, ils sont toujours interactifs, ce qui est rendu possible par le petit nombre de participants. Leur programme comprend :

- une explication physiopathologique simple des principales maladies métaboliques justifiant "un régime" : l'excès de masse grasse abdominale, les anomalies de la tolérance au glucose, les dyslipidémies...
- une description claire des différents troubles du comportement alimentaire ;
- les principes généraux de nutrition avec en particulier la notion d'équilibre nécessaire entre apports nutritionnels plaisir et échange ;
- un exposé des notions diététiques de base précisant notamment les sources alimentaires des différents nutriments.

L'objectif n'est pas de développer chez ces patients une "expertise en régime" (qu'ils ont d'ailleurs déjà pour la plupart), mais bien de les sensibiliser à l'importance d'une alimentation saine et équilibrée.

L'intervention de la kinésithérapeute se situe à un moment variable de la matinée. Elle revient sur l'importance du réinvestissement de l'image corporelle par le mouvement, et d'un entraînement progressif à une reprise d'activité. Enfin, elle propose un module de 10 séances d'activité physique intégrant relaxation, travail sur la proprioception et la respiration, enfin "gymnastique douce" adaptée à chaque patient.

La préparation et la prise du repas

Le service de Médecine Interne et Santé Publique du CHU Timone est lié par une convention au Marché d'Intérêt National de Marseille pour la fourniture des fruits et légumes frais nécessaires aux ateliers de Nutrition. Grâce à cette convention, des produits régionaux de qualité sont intégrés au menu de chaque atelier, démontrant aux patients les avantages en terme de fraîcheur, de goût et de variété d'une alimentation utilisant des ressources locales et de saison.

Les autres constituants (féculents, protéines, laitages) du repas sont fournis "non cuisinés" par l'hôpital. Les menus sont élaborés à l'avance et sont différents d'un atelier à l'autre.

Les repas sont préparés par les patients, guidés par l'aide-soignante et l'infirmière, et sont l'occasion de mettre en pratique les conseils hygiéno-diététiques donnés le matin, comme par exemple la cuisson sans graisse ou la confection de sauces allégées en matière grasse. Le repas est ensuite dégusté en commun par tous les participants : patients et intervenants. Ce partage permet d'insister sur la mission d'échange et de plaisir de l'alimentation, proposition positive alternative aux prescriptions négatives habituelles

Le groupe d'expression

Il débute après le repas et dure environ une heure trente. Animé par l'infirmière et l'aide soignante, il a pour but d'améliorer la façon d'appréhender les situations difficiles au niveau du suivi des prescriptions diététiques, évoquées à différents moments de la journée. L'expérience du groupe permet à chaque patient de découvrir qu'il peut améliorer sa stratégie d'adaptation face à ces difficultés devant lesquelles il se

sent moins seul. Le groupe offre aussi un espace d'expression pour des émotions difficiles à exprimer dans le contexte social et familial habituel.

Un "pense-bête" comportemental est livré à la réflexion des participants : les 5 P comme : *Pause* (prendre le temps de : « je me donne du temps »), *Plaisir* (qualité, beauté, joie), *Partage* (échange, relation), *Personnalisation* (contre les méthodes standard), *Prendre soin de soi* (de son corps et de son mental). Enfin, en conclusion, la philosophie de la journée est ainsi formulée : Choisir de bien manger en se faisant plaisir pour se faire du Bien...

L'évaluation

L'évaluation de l'impact des ateliers sur le comportement alimentaire en général est actuellement en cours grâce à l'envoi, 3 mois et 6 mois après l'atelier, d'un questionnaire visant à apprécier l'évolution des pratiques nutritionnelles des patients qui sont passés par l'atelier.

Cette évaluation a concerné 191 patients. A ce jour 117 questionnaires ont été collectés à 3 mois et à 6 mois.

L'analyse de cette première série de patients, qui n'est pas encore terminée au plan statistique, montre une amélioration des connaissances nutritionnelles entre le premier questionnaire "avant atelier" et le questionnaire "fin d'atelier", amélioration persistante aux temps 3 et 6 mois. Différents indices de satisfaction sont également pris en compte : ainsi à 6 mois 63% des patients disent arriver facilement à construire un menu équilibré, 52% trouvent que leur motivation à changer de mode de vie a augmenté.

Ces résultats préliminaires nous suggèrent que ces ateliers de nutrition représentent une aide efficace pour les patients dont le traitement comporte un volet de prescription diététique. Il s'agit non seulement d'information et d'éducation en alimentation, mais aussi d'un soutien social et émotionnel important dans la dimension quotidienne d'un suivi diététique.

Les différents types d'atelier de nutrition

La rencontre avec d'autres services hospitaliers a permis d'étendre la for-

mule des ateliers de nutrition à d'autres populations de patients pour lesquels ce type d'information et de soutien s'est avéré utile.

Ainsi se sont individualisés :

- *Des ateliers pour adolescents porteurs de maladies métaboliques*, animés par un médecin pédiatre endocrinologue. Les adolescents, en cours de prise en charge individuelle, participent de façon active et ludique à la préparation d'un repas qui amène à la découverte de goûts nouveaux, particulièrement en ce qui concerne les légumes souvent rejetés a priori.

Le groupe de parole donne une place importante à l'échange sur les difficultés inhérentes à cette tranche d'âge et aide ainsi au "déblocage" de certaines prises en charge isolées.

- *Des ateliers pour femmes enceintes diabétiques*, animés par une diabéto-logue. L'accent y est mis sur l'importance de l'unité mère-enfant et de ses implications alimentaires au cours de la grossesse. Qu'il s'agisse de femmes présentant un diabète gestationnel ou un diabète connu avant la grossesse, la notion d'équilibre alimentaire adapté aux besoins fœtaux est largement développé.

La pratique de l'auto contrôle glycémique avant et après le repas permet d'illustrer le fait qu'un apport alimentaire équilibré en quantité et qualité expose à des excursions de la glycémie post prandiale tout à fait acceptables.

Par ailleurs, des informations spécifiques concernant l'alimentation de l'enfant sont apportées dans un but de prévention primaire des maladies métaboliques.

- Enfin, co-animés par l'équipe du service d'oncologie médicale du CHU, *des ateliers pour les patients atteints de cancer*. En effet, l'alimentation revêt sur ce terrain une importance capitale :

- * En cours de traitement, période où il importe avant tout de lutter contre la dénutrition, qui est per se un facteur de mauvais pronostic, mais aussi où la majorité des patients perdent leurs repères pondéraux et nutritionnels. Ainsi la peur de la perte de poids, signe de maladie évolutive donc de mauvais pronostic, est, dès la phase d'anorexie passée, compensée par une alimentation anarchique qui risque de s'organiser en troubles du comportement alimentaire durables.

- * Après le traitement, lors des rémissions, périodes où ces troubles organisés contribuent au mal être lié à l'expérience du cancer en induisant souvent une prise pondérale importante qui vient entraver la réinsertion du patient dans son milieu.

La méthodologie utilisée est semblable sur le fond à celle des ateliers métaboliques, mais en laissant plus de place dans le temps de parole aux expressions du mal être lié à la maladie cancéreuse.

Enfin, dans le cadre de la *formation continue*, quatre ateliers par an sont organisés pour des professionnels de santé ou d'autres éducateurs. L'originalité de cet enseignement théorique et pratique devrait avoir un impact important dans le cadre des réseaux de soins.

Au total

Ces ateliers de nutrition constituent une entité originale, parfaitement cohérente avec les missions d'un service hospitalier de Santé Publique. Les atouts principaux de ces sessions éducatives qui ressortent des appréciations des participants sont :

- * La mise en pratique effective et immédiate, par les patients eux mêmes, des conseils hygiéno-diététiques apportés par l'équipe soignante, ce qui permet de faire "vivre" le régime comme (presque) normal.
- * L'information sur les possibilités culinaires offertes par les fruits et légumes locaux et de saison, qui redonne aux Marseillais le goût de consommer local. Un des messages clé délivrés dans les ateliers est d'ailleurs la déclinaison des bienfaits de l'alimentation méditerranéenne (que nous envient même les américains 1). Les patients s'approprient ainsi un nouveau mode alimentaire et se rendent compte qu'un repas peut être facile à préparer, agréable à manger, sans pour cela atteindre un coût prohibitif.
- * Le groupe d'expression qui permet de prendre conscience des anomalies du comportement alimentaire pour tenter de les rectifier. Le dynamisme de groupe est particulièrement intéressant chez des patients qui souvent souffrent avant tout de ne pouvoir s'exprimer.

A ce jour, les ateliers de nutrition présentent ainsi un outil éducatif apparemment adapté à la prévention secondaire des maladies métaboliques en délivrant à ces patients à haut risque cardio-vasculaire un message clair sur le rôle thérapeutique essentiel de l'alimentation.

Il reste à souhaiter que ces messages, diffusant forcément via les patients dans leur famille, participent à une prévention primaire de ces pathologies en améliorant la qualité de l'alimentation dans la population générale.

Martine Tramoni - Marseille

ÉVALUÉ POUR VOUS

Facteurs de risques vasculaires : les patients ne connaissent pas leurs objectifs thérapeutiques. Lien avec l'observance ?

Les dyslipidémies, l'hypertension artérielle et le diabète constituent des facteurs de risque majeurs de maladies cardio-vasculaires.

La prévention de leurs complications passe par l'utilisation au long cours d'un traitement centré sur l'hygiène de vie et les médicaments. Elle est rendue difficile par le fait qu'il s'agit pendant de nombreuses années de maladies asymptomatiques.

Un des obstacles à l'efficacité thérapeutique repose sur une mauvaise observance, favorisée par des causes multiples, parmi lesquelles la méconnaissance des patients quant à leur pathologie et leur traitement.

Qu'en est-il de la connaissance de leur traitement quand les patients sont porteurs de plusieurs facteurs de risque ?

Pour le savoir, nous avons utilisé un questionnaire présenté par le même opérateur à 100 patients autonomes dyslipidémiques et/ou hypertendus et/ou diabétiques. 50 étaient hospitalisés et 50 ont été interrogés dans une officine de pharmacie.

Les questions portaient sur :

- les *médicaments* : nom des spécialités, indication, posologie, horaires de prise et effets secondaires ;
- les *facteurs de risque* : chiffre personnel, taux normal et objectif personnel ;

- l'*observance* : en mode déclaratif en prenant garde de ne porter aucun jugement ou critique.

Résultats :

1 - Population :

- 52 hommes, 48 femmes ;
72 % avaient plus de 60 ans
- HTA : 98 % ; dyslipidémiques : 85 % ;
diabète de type 2 : 37
- 22 % déclarent avoir eu une complication cardio-vasculaire

2 - Connaissance des médicaments :

	Hypertension artérielle	Dyslipidémies	Diabète
Nom	59 %	62 %	60 %
Indication	60 %	72 %	68 %
Posologie	85 %	89 %	84 %
Horaires	82 %	88 %	84 %

3 - Connaissance des facteurs de risques :

	Hypertension artérielle	Dyslipidémies	Diabète
Chiffre personnel	95 %	31 %	84 %
Valeur normale	85 %	28 %	49 %
Objectif thérapeutique	27 %	10 %	27 %

4 - Observance :

L'ordonnance comportait entre 4 et 7 médicaments pour 57 % des patients. 44 % des malades interrogés déclarent oublier plus ou moins régulièrement un ou plusieurs médicaments. Ceux de l'hypercholestérolémie sont 2 fois plus souvent concernés que ceux de l'HTA ou du diabète.

Les causes avancées font appel à l'oubli (notion d'inutilité ou d'inefficacité), ou à des facteurs sociaux (sorties, repas de midi à l'extérieur).

Commentaires

Un patient sur 3 ne peut donner le nom d'un seul de ses médicaments. A l'opposé 82 % des patients ont la notion de risques cardio-vasculaires et peuvent en donner des exemples.

La majorité des patients connaît la posologie et les horaires de prise de leurs médicaments. Ils sont par contre moins nombreux à pouvoir rattacher leur traitement à un facteur de risque précis.

Un dyslipidémique sur 3 seulement connaît son chiffre de cholestérol et moins d'1 sur 3 peut en donner la valeur normale. Un diabétique sur 2 ne connaît pas la valeur normale de la glycémie alors que 8 sur 10 peuvent donner leur propre résultat.

Si 8 patients sur 10 savent qu'ils encourrent des risques de complications cardio-vasculaires, la grande majorité d'entre eux est incapable de se donner des objectifs à atteindre. ➔

Ce résultat est particulièrement net pour les hyperlipidémiques. Faut-il le rattacher à la moins bonne observance dans cette pathologie ?

Il n'apparaît pas clairement que le fait d'avoir plusieurs facteurs de risque s'accompagne d'une meilleure observance.

Conclusions

La prise régulière d'un traitement dans le cadre d'une maladie chronique est le résultat d'une multitude de facteurs parmi lesquels l'implication du patient par le biais de sa propre connaissance de sa pathologie et de son traitement est importante.

Ce travail incite à réfléchir sur les moyens à utiliser pour développer l'information du patient en ce qui concerne en particulier ses objectifs thérapeu-

tiques. Ceux-ci reposent avant tout sur la démarche du médecin généraliste, peut-être insuffisamment préparé, formé, disponible et motivé.

Que proposer ?

- Que dans le cadre de l'éducation thérapeutique du patient, le patient à risque vasculaire devienne un acteur à part entière de sa santé.

- Que le dialogue avec son médecin traitant soit encouragé, favorisé, développé à l'occasion d'une relation privilégiée.

- Que des objectifs de traitement soient clairement définis partagés entre le médecin et le patient ; objectifs réalistes, progressifs et ré évaluable dans le temps.

Christian Meyer - Laval

entretenir ou améliorer notre état de santé.

Avant donc de conseiller de l'exercice physique, il faudrait, dans un grand nombre de cas, aider le patient à re-sentir son corps afin qu'il explore lui-même ses capacités, son fonctionnement et ses limites.

Pour aller dans ce sens, il est nécessaire de proposer au patient une relation d'aide auprès d'un(e) psychomotricien(ne). Ce spécialiste est compétent pour mettre en œuvre une restructuration de l'image du corps et du schéma corporel.

Donner du goût au mouvement

La motivation fondée sur les aspects quantitatifs du mouvement (durée, intensité, nombre de répétitions, etc.) a ses limites.

Au contraire en mettant l'accent sur les qualités sensorielles du mouvement, la motivation se développe et se renouvelle d'elle même. Par exemple, un étirement matinal est le fruit d'une recherche de bien-être par les sensations musculaires ou articulaires qu'il apporte.

La perception du corps avant et après cet étirement sera différente. Le bénéfice en terme de ressenti est immédiat et renouvelable à volonté : de lourd et engourdi, le corps devient léger et disponible à l'action.

L'utilisation de petit matériel tel que ballons, bâtons, bandes élastiques ou petits haltères peut rendre l'exercice plus intéressant et plus ludique.

La difficulté de cette recherche est d'obtenir une qualité de présence à soi qui permette de se relier à ses sensations corporelles.

La répétition quotidienne de séquences de 5 à 10 minutes d'activation musculaire après plus de 2 heures d'inactivité serait un objectif à atteindre.

Contrôler son effort, éviter l'épuisement

Les recommandations pour la marche (ou tout autre effort comparable) doivent prendre en compte l'état cardio-respiratoire et ostéo-articulaire.

La marche active est conseillée quotidiennement, l'objectif serait de réaliser

A PROPOS D'AUTRES MALADIES CHRONIQUES

Bouger avec un corps gros

Le patient obèse est confronté quotidiennement à la difficulté de bouger avec un corps gros. Le moindre déplacement est souvent la source de douleurs articulaires et musculaires, d'essoufflement, d'hypersudation, d'irritations cutanées, etc. A cela se rajoute le poids du regard des autres, ce qui n'est pas le moindre frein à la mise en mouvement d'un corps gros.

Cependant la littérature médicale insiste sur l'importance d'une activité physique modérée, régulière et fréquente, dans la prévention et le traitement de l'obésité. Considérant l'obésité comme une maladie chronique dans la plupart des cas, l'objectif premier n'est pas d'obtenir une perte de poids mais d'éviter la prise ou la reprise de poids et de traiter les comorbidités associées.

La "prescription" d'activité physique qui aurait pour unique but d'augmenter les dépenses énergétiques, confronte le patient à son handicap physique. Cela peut bien sûr le décourager, lui renvoyer

une image négative de lui-même, et développer aussi un sentiment de culpabilité. Ce patient là risque de s'installer dans un double chronicité : l'obésité et l'inactivité physique qui aggravera et compliquera l'obésité.

L'intérêt médical de l'exercice physique n'est plu a démontré, la véritable question est celle de ses modalités pour créer chez le patient obèse une véritable motivation à bouger.

Explorer ses capacités, respecter ses limites

Ayant parfois délaissé son corps à la médecine, le patient obèse ne le considère plus que comme un objet de souffrance, de honte et de rejet.

Or pour adhérer à l'exercice physique, faut-il encore considérer son propre corps comme étant l'ensemble des ressources, connues et inconnues, que nous avons à notre disposition pour

au minimum 30 minutes par jour en une ou plusieurs fois.

Rappelons qu'en théorie, la consommation des graisses répond à un effort aérobie, continu et prolongé au-delà des 30 minutes conseillées. En pratique cet objectif là est inaccessible pour un grand nombre de patients.

La marche devra donc avant tout être considérée comme un moyen de se déplacer, de rester autonome et de préserver sa liberté d'action.

Pour éviter le découragement et l'épuisement, il est nécessaire encore une fois d'être à l'écoute de ses sensations corporelles pendant l'effort.

Pour rester en aisance respiratoire il est indispensable d'aller à son rythme, prendre le temps de bien assurer ses points d'appuis sur le sol, et conserver sa verticalité.

Favoriser la récupération

Déplacer une masse corporelle importante est source de fatigue voire d'épuisement chronique. Aucun effort n'est profitable sans une bonne récupération et notamment un bon sommeil.

En dehors du sommeil qui est le facteur n°1 de la régénération cellulaire, la relaxation, les massages ou auto-massages présentent un intérêt certain. La pratique de la relaxation nous permet d'une part de récupérer rapidement d'un état de fatigue et d'autre part de prévenir l'apparition des tensions musculaires. Le simple fait de fermer les yeux 3 minutes et d'écouter le flux de sa respiration permet déjà de modifier son état de tension physique et mentale.

Les massages ou auto-massages permettent quant à eux, par des actions mécaniques, de rétablir les flux d'énergie dans le corps. Leur intérêt est aussi de redéfinir la perception de l'enveloppe corporelle par le toucher.

Modalités d'intervention

Une relation d'aide en Psychomotricité s'établit d'abord sur un examen du schéma corporel et de l'image du corps, ce qui permettra d'évaluer les aspects moteur et perceptif du mouvement. A travers cet examen seront mis en évidence à la fois les capacités physiques et le vécu corporel du patient.

Le travail peut ensuite s'effectuer en groupe ou en séances individuelles selon les besoins et la demande du patient. L'évolution de celui-ci suit les règles d'un apprentissage et nécessite des séances fréquentes et régulières. En général un suivi de 6 mois à un an, à raison d'une séance par semaine est nécessaire pour accompagner efficacement le patient dans son évolution.

Ce travail s'inscrit dans une démarche co-thérapeutique où le médecin tient sa place de référent et de prescripteur.

A noter qu'à l'heure actuelle, les séances de psychomotricité ne bénéficient d'une prise en charge par les caisses d'assurance maladie qu'en milieu hospitalier ou institutionnel.

En prolongement à ce travail, et en fonction des progrès du patient, on pourra lui proposer la pratique d'activités telles que le yoga, le tai-chi-chuan, la gymnastique douce, la gymnastique aquatique, le stretching ou bien encore la danse.

Conclusion

L'obésité est une maladie chronique dans la plupart des cas recensés. Le handicap physique associé est immense et impose d'importantes contraintes dans la vie quotidienne. L'augmentation du volume d'activité, souvent recommandé aux patients obèses, doit donc prendre en compte les caractéristiques de ce handicap.

Pour éviter le découragement et renforcer la motivation les conseils ne suffisent pas. Une approche psychomotrice est dans certains cas nécessaire, pour amener le patient à développer une véritable motivation corporelle. Cela est possible en agissant sur la perception et l'image de son corps.

Pierre Dalarun - Paris

Références :

- Dalarun P. Obésités, activité physique et thérapie psychomotrice. Information Diététique 2002; 1 : 6-10
- Dalarun P. Les étapes d'une restructuration de l'image du corps. Revue de nutrition pratique n°15 Dietecom 2002 ;79-83

ÉTUDE DE CAS

Forcer l'altruisme ?

La sensation de viol qu'éprouva S. quand le diabète fit irruption dans sa vie s'exprima sans détournement lors de son premier entretien avec le psychothérapeute.

Elle devint diabétique peu de temps après son frère, son diabétologue lui proposa la pompe comme il l'avait déjà proposée à son frère par le passé.

Cette présence fraternelle lui imposait à nouveau une sorte de hiérarchie dont elle avait souffert dans l'enfance. Ce que faisait son frère, peu enclin à réussir ses études était tout compte fait pas si mal parce que c'était l'aîné et c'était le fils. Elle, elle réussissait mieux, mais on en faisait moins cas, enfin passons, se complaisait-elle à dire.

La voilà donc affublée de ce diabète qu'elle est presque obligée de partager avec son frère.

C'est peut-être de là que vient cette sensation insupportable.

Le mot inceste n'est pas prononcé.

Elle dit que le diabète - selon ce que lui a enseigné une voisine de chambre "d'éducation" - l'a blessée profondément, qu'il a provoqué une mauvaise « estime de moi », c'est elle qui précise... comme dans les traités de psychologie sur la maladie chronique.

Alors elle se bat sur le champ de bataille des glycémies.

Entre son diabétologue, qui se bat pour qu'elle ait de meilleurs taux et elle, qui se débat avec les hyperglycémies, c'est parfois l'incompréhension totale, ils ne parlent pas le même langage. Avec l'équipe non plus d'ailleurs, ce n'est pas la panacée : « il faut accepter votre maladie, vous verrez, vous allez manger comme tout le monde, essayez de stabiliser vos horaires, se piquer c'est comme

se laver les dents »... Suprême injure pour tout diabétique en difficulté avec son moi, c'est la dépression assurée. Même pas capable de se laver les dents à son âge.

Son diabétologue s'ingénie à lui trouver des schémas d'insuline qui pourraient lui convenir. Las ! Elle va d'échec en échec, mais ce n'est pas de mise en échec du médecin, mais bien d'une tentative de mise en échec d'acceptation de la maladie. La preuve est là, ce sont les hyper qui gagnent et le diabète qui ne disparaît pas, qui lui fait une vie impossible.

Elle tolère la présence de l'ex-femme de son mari à la maison, c'est une femme intéressante, un peu égoïste, mais bon, j'accepte dit-elle. Elle accepte aussi l'incapacité de son mari à ne pas l'aider pour mieux gérer sa maladie. Elle aimerait simplement s'entendre dire : « alors comment, ça va tes glycémies, as-tu besoin de quelque chose, veux-tu que je prépare quelque chose ? » Rien ne se dit. Il est sourd.

C'est son père, un jour, qui dit à son mari : « mais tu sais combien elle a ? elle a plus de 4 g ». Alors, c'est lui qui

l'emmène se promener, qui fait en sorte que les glycémies baissent avec un peu de rapide. Son mari ne bronche toujours pas, elle tolère encore, souffre en silence et en hyper.

Alors il vient une idée à son psy. Si au lieu d'accepter la maladie, elle se contentait de la tolérer à sa manière, sur le mode qu'elle aurait choisi, celui qui ne bousculerait pas trop ses repères familiaux, celui qu'elle a adopté pour son entourage. Il lui propose : « Pourquoi ne pas essayer de tolérer votre diabète comme un autre individu différent de vous, mais avec lequel il faut vivre malgré tout. L'idée semble lui convenir.

« - *Alors on n'est pas obligé d'accepter ?*

- *Non. Pas le moins du monde. »*

Finalement, S. a le choix : elle peut ne pas accepter l'autre à la maison, elle peut accepter l'autre... en elle-même et l'autre à la maison, elle peut n'accepter ni l'un ni l'autre.

Il est trop tôt pour vous le dire.

Claude Colas - Paris

L'ÉDUCATION DES DIABÉTIQUES DANS LES GRANDS CONGRÈS INTERNATIONAUX

Rencontre internationale, entre soignés et soignants, sur le thème "sport et diabète"

Du 25 au 28 août, les journées internationales de l'Association Diabète Exercice et Sport (DESA), se sont tenues à Davos, dans les Grisons. DESA (appelée auparavant IDM) a été fondée aux États Unis en 1985 et a pour habitude de se réunir tous les deux ans aux États Unis ou en Europe ; cette année, la Suisse a été retenue comme lieu du congrès, à l'initiative du Dr J.J. Grimm.

Les objectifs de DESA sont :

* Encourager la pratique régulière de l'activité physique parmi les personnes atteintes de diabète et leur entourage.

* Favoriser la diffusion des connaissances relatives aux bénéfices et aux éventuels problèmes engendrés par la pratique de l'exercice.

* Contribuer à la formation des personnels de santé dans le domaine de l'exercice et du diabète.

* Créer des opportunités pour la pratique et le maintien de la motivation pour l'exercice chez les personnes diabétiques ou intolérantes au glucose.

L'originalité de ces rencontres est de réunir : diabétiques et leur entourage proche, infirmières, diététiciennes et dia-

bétologues avec même, cette année, la participation d'éducateurs médico-sportifs. Les conférences quotidiennes durant les trois jours, intéressent un public international grâce aux traductions simultanées.

Un symposium parallèle en anglais durant la journée de lundi, s'adresse plus particulièrement aux professionnels de santé. Parmi les intervenants et les participants, on reconnaît des suisses bien sûr, des français, des italiens, des allemands, des hollandais, des finlandais, des américains, des brésiliens, des canadiens, entre autres... et la présence de nos amis du Kazakhstan.

Les activités sportives proposées l'après midi, favorisent les échanges entre diabétiques de différents pays et aussi les échanges entre diabétiques et professionnels de santé. Le choix est vaste : marche, VTT ou natation, patinage ou tennis, planche à voile ou jogging, avec une activité nouvelle : le "Nordic Walking".

Le traditionnel match de football international a affronté les italiens au reste du monde ! Situé au Nord-Est de la Suisse, le canton des Grisons est de plus une région très agréable, qui mérite le déplacement ! Des remerciements sont donnés aux firmes pharmaceutiques pour leur contribution financière et au comité d'organisation pour avoir permis le bon déroulement de ces journées.

En bref, parmi les conférences écoutées et les ateliers

* 30 minutes d'activité physique de faible intensité/jour (qui peuvent de plus, être fractionnée dans la journée) permettent d'allonger la durée de vie et sont efficaces sur la baisse tensionnelle, en cas d'hypertension. Les individus restent programmés différemment génétiquement pour l'exercice (Katrina Kukkonen - Finlande).

* Une réduction pondérale de 3-4 kg permet d'obtenir le poids métabolique, une réduction de 5-10 kg, le poids de forme. La recherche d'une réduction pondérale plus importante est illusoire et entraîne une perte de la masse maigre.

Concernant la ration calorique quotidienne, 15 % de protéines sont nécessaires, de même que 10 % de graisses poly-insaturées et 10% de graisses saturées. La quantité quotidienne de glu-

cides peut varier de 40 à 55 %, en faisant varier la quantité de lipides mono-insaturés (type : huile d'olive) de 15 et 25 % en fonction de la palatabilité (Louis Monnier - France).

★ Une étude sur la qualité de vie a montré que lorsque les diabétiques sont actifs, ils sont mieux intégrés socialement que ceux qui sont sédentaires, avec une meilleure confiance en soi et une meilleure estime de soi (Judith Chwalow - France). Quel que soit le niveau d'intensité de l'activité physique pratiquée, ces résultats restent évidents. En bref, il n'est pas besoin d'être marathonien pour constater des bénéfices de l'activité physique sur la qualité de vie.

Concernant la prévention du diabète de type 2 chez les sujets intolérants au glucose

★ Les résultats d'études chinoise, finlandaise (FDPS), américaine (DPP) ont été présentés. Ces études portent sur de larges échantillons de population, où le sport régulier, associé à la diététique, est proposé pour diminuer le risque d'évolution vers un diabète de type 2 (ou pour retarder la survenue de cette maladie) si l'on a une intolérance au glucose :

- dans l'étude finlandaise, la dose d'activité physique est de 4 h/semaine et le risque d'apparition d'un diabète type 2 est réduit de 58 % sur 3 ans environ.
- dans l'étude américaine, la dose d'exercice est de 150 min/semaine et le risque est réduit de 58 % sur 4 ans (de 32 % en association avec la metformine sur 4 ans et de 23 % sur 10 mois avec la troglytazone) (Edward Horion - USA).

Pour le diabète de type 2

★ Il est difficile d'engager un programme d'exercice physique pour les diabétiques type 2. C'est à nous d'essayer de modifier certaines idées préconçues ; la notion qu'ils ont du "sport" est à changer : qu'activité physique devienne pour eux synonyme de plaisir (par exemple : pratiquer la danse de salon). Avant toute démarche, les diabétiques type 2 sont interrogés sur leur perception individuelle du sport et ensuite, doit être évoquée l'appréhension légitime devant la première séance en

groupe. Il est évident que l'on ne peut aller contre leur volonté ! (Peter Borcher - Allemagne).

★ Le "challenge" est d'arriver à motiver les personnes obèses pour un exercice de faible intensité, mais pratiqué régulièrement (Jean Michel Oppert - France).



★ En Atelier : comment sensibiliser le diabétique de type 2 à l'exercice ? C'est le rôle que se sont fixés les éducateurs médico-sportifs, nouveaux acteurs de programmes existant déjà en France. Quel est le programme de l'équipe de Dole ?

- 1) tout d'abord, une phase de sensibilisation puis,
- 2) une phase d'accompagnement et d'encadrement du patient sous forme de séances d'activité en groupe : ceci sur un temps volontairement limité et enfin,
- 3) une phase d'orientation du patient vers un projet personnel d'exercice physique (Etienne Mollet et l'éducateur de santé Nicolas Tabard - France).

Pour le diabète de type 1

★ Comment adapter sa glycémie en fonction du sport : il faut arriver à mimer au plus près le pancréas (et ceci tant que les greffes d'îlots ne seront pas généralisées). Un pancréas normal réalise 300 contrôles de la glycémie par heure, il est donc nécessaire de faire environ 10 glycémies capillaires par jour quand on fait du sport (parfois même une à 3 h du matin). Mais de nombreux facteurs extérieurs interfèrent sur cette glycémie. Il y a également beaucoup de variations interindividuelles.

Les analogues rapide et lent ont apporté de nouvelles possibilités dans l'adaptation des doses d'insuline.

De plus, il est très difficile de différencier l'hypoglycémie pendant le sport d'une sensation de fatigue, de stress, surtout par temps chaud ou avec une durée prolongée du diabète : la seule solution est de faire alors une glycémie. Il faut aussi apprendre à connaître comment son corps réagit (Andrew Farquhar Canada).

★ La pompe à insuline a toujours sa place dans l'adaptation de l'insulinothérapie pendant l'activité physique. Elle seule permet de réduire le débit basal d'insuline d'un certain pourcentage et sur une durée que l'on peut programmer par avance, en fonction du sport pratiqué (Ulrike Thurm Allemagne).

★ Il est toujours très difficile de trouver les arguments pour motiver les patients à obtenir le bon contrôle métabolique que l'on souhaiterait pour eux (Jean Philippe Assal - Suisse).

★ Le vécu des hypoglycémies : la survenue de l'hypoglycémie, sa fréquence, sa gravité n'est pas à négliger dans le quotidien d'un diabétique qui a souvent tendance à les minimiser, voire à les cacher. En cas d'hypoglycémie mal ressentie, la tendance est de modifier à la hausse l'objectif glycémique pendant quelques mois. Une étude a démontré une fréquence plus élevée d'accidents de voiture chez les diabétiques en raison d'hypoglycémie (Harmut Schachinger - Suisse).

★ La perception des hypoglycémies a été étudiée de plus près grâce au BGAT (Blood Glucose Awareness Training), en référence à la méthode de Cox. Elle permet d'apprendre à mieux ressentir ses hypoglycémies et à mieux y remédier

Cet enseignement se fait sous forme de 15 séminaires en ambulatoire, avec des devoirs à effectuer de retour au domicile. Ces séminaires s'adressent aux diabétiques et leur entourage. Le but est d'essayer de prédire la valeur de sa propre glycémie en fonction de ses sensations, juste avant de contrôler sa glycémie capillaire avec son lecteur. De plus, on s'interroge précisément sur ses propres symptômes, ceux personnels ressentis au cours d'une hypoglycémie.

Pour apprendre à mieux les gérer, un entraînement à y remédier est proposé au domicile sans "hypoglycémie" (la situation est reproduite "à froid"), puis au

cours d'une vraie hypoglycémie ressentie. Des résultats positifs ont été retrouvés dans des études faites à un an et à 2 ans (Karin Hegar et Willy Berger - Suisse).

* Au cours de l'atelier Haute montagne. La tendance des personnes diabétiques serait de vouloir emporter trop à manger et pas assez à boire. Ce n'est pas la peine de se charger inutilement si il y a des possibilités d'avoir du ravitaillement aux étapes; de plus, l'altitude a à un effet anorexigène. Par contre, il faut boire 500 ml avant de partir et durant l'effort : 1,5-2 l en été et 1,2 l en hiver. Dans l'adaptation de l'insuline et des glucides, il faut prendre en considération le froid, le vent, la marche dans la neige.

Chez les sujets bien entraînés, il y a moins de variations dans l'adaptation. Il est conseillé d'éviter de réduire l'insuline de base au delà de 50% pour les diabétiques insulino-dépendants (sinon risque de cétose), mais il est possible de la réduire jusqu'à 70% pour les diabétiques insulino-requérants, en cas d'exercice très intense et prolongé. Pour effectuer l'auto-surveillance, il faut aller vite et donc éviter les blisters et les petits flacons de bandelettes qui sont peu maniables; de plus, il est préférable d'emporter le double de la quantité de bandelettes nécessaires. (Arnald Bertelle et Nicolas de Kalbermatten - Suisse).

* Pour finir avec une vidéo sur la façon de gérer "sport et diabète" au Kazakhstan. (Nataiia Tukalevskaya - Kazakhstan).

En conclusion

Le congrès s'est conclu dans un restaurant de montagne, à l'arrivée d'un funiculaire, avec la remise du Prix international Lifecan qui récompense trois exploits sportifs dans différents pays. L'expresidente américaine de l'IDAA/DESA, Paula Harper, ainsi que la nouvelle présidente, également américaine, Anne Donahue, ont tenu le discours de clôture.

En écoutant les conférences, en participant aux ateliers, chacun qu'il soit soignant ou soigné est reparti en retenant son message. De plus la convivialité était au rendez-vous que ce soit lors de repas pris en commun ou dans le partage des activités sportives proposées.

Catherine Berné - Paris

LES RÉGIONS DU DESG

RESPONSABLES NATIONAUX DU DESG

Dr Anne-Marie LEGUERRIER

Diabétologie - Hôpital Sud
16, Bd de Bulgarie - 35056 Rennes Cedex
Tél. 02 99 26 71 42 - Fax 02 99 26 71 49

Dr Bernard CIRETTE

Diabétologie - Centre Hospitalier
1, avenue Colbert - 58033 Nevers Cedex
Tél. 03 86 68 31 41 - Fax 03 86 68 38 22

RESPONSABLES RÉGIONAUX DU DESG

NORD

Mme Cécile DELATTRE

Maison du diabète
59700 Marcq-en-Bareuil
Tél. 03 20 72 32 82 - Fax 03 20 65 25 22

Mme Martine LEVISSE

REDIAB - 3, place Navarin
62200 Boulogne-sur-Mer
Tél. 03 21 99 38 73

Dr Chantal STUCKENS

Pédiatrie - Hôpital Jeanne de Flandre
2, av Oscar Lambret - 59037 Lille Cedex
Tél. 03 20 44 59 62 - Fax 03 20 44 60 14

NORMANDIE

Dr Michel GERSON

Hôpital Monod - BP 24
76083 Le Havre Cedex
Tél. 02 32 73 31 20 - Fax 02 35 43 29 93

OUEST

Dr Anne-Marie LEGUERRIER

Diabétologie - Hôpital Sud
16, Bd de Bulgarie - 35056 Rennes Cedex
Tél. 02 99 26 71 42 - Fax 02 99 26 71 49

MIDI-PYRÉNÉES

Dr Jacques MARTINI

Diabétologie - CH Rangueil
1, av J. Poulhes - 31054 Toulouse Cedex
Tél. 05 61 32 26 85 - Fax 05 61 32 22 70

Dr Sylvie LEMOZI

Diabétologie - CH Rangueil
1, av J. Poulhes - 31054 Toulouse Cedex
Tél. 05 61 32 26 85 - Fax 05 61 32 22 70

AQUITAINE

Pr GIN

Diabétologie - CHU Groupe Sud
Av. de Magellan - 33604 Pessac
Tél. 05 56 55 50 78 - Fax 05 56 55 50 79

Dr DUVEZIN

Diabétologie - Hôpital de Dax, 40100 Dax
Tél. 05 58 91 48 50 - Fax 05 58 91 49 92

PICARDIE

Dr Jean-Michel RACE

Endocrinologie - CHU Amiens
Hôpital Sud - 80054 Amiens Cedex
Tél. 03 22 45 58 95 - Fax 03 22 45 57 96

CHAMPAGNE

Dr Jacqueline COUCHOT-COLLARD

Diabétologie - Hôpital Auban Moët
51200 Epernay
Tél. 03 26 58 71 05 - Fax 03 26 58 70 95

Dr Catherine PASQUAL

Diabétologie - Centre Hospitalier
10000 Troyes
Tél. 03 25 49 49 21 - Fax 03 25 49 48 43

PARIS - ILE-DE-FRANCE

Mme Simone JEAN

Mme Carmen FLUMIAN

Service de Diabétologie
Hôpital St Joseph
185, rue Raymond Losserand
75014 Paris
Tél. 01 44 12 33 95 - Fax 01 44 12 33 48

CENTRE

Dr Philippe WALKER

Sce de Diabétologie Endocrinologie
Centre Hospitalier Jacques Cœur
BP 603 - 18016 Bourges Cedex
Tél. 02 48 48 49 42 - Fax 02 48 48 48 02

LANGUEDOC

Dr Michel RODIER

Médecine T - Centre Hospitalier
av du Pr. Debré - 30900 Nîmes
Fax 04 66 68 38 26

BELGIQUE

Dr UNGER

Association Belge du Diabète
Chée de Waterloo, 935 - 1180
Bruxelles - Belgique

ALSACE

Pr Michel PINGET

Endocrinologie
Hôpitaux Universitaires
Hôpital Civil - 67091 Strasbourg Cedex
Tél. 03 88 11 65 99 - Fax 03 88 11 62 63

Dr Véronique SARAFIAN

Endocrinologie
Hôpitaux Universitaires
Hôpital Civil - 67091 Strasbourg Cedex
Tél. 03 88 11 65 99 - Fax 03 88 11 62 63

LORRAINE

Dr Jacques LOUIS

Hôpital Sainte Blandine
3, rue du Cambout - 57045 Metz
Tél. 03 87 39 47 41 - Fax 03 87 74 63 45

BOURGOGNE - FRANCHE COMTÉ

Dr Bernard CIRETTE

Diabétologie - Centre Hospitalier
1, av Colbert - 58033 Nevers Cedex
Tél. 03 86 68 31 41 - Fax 03 86 68 38 22

RHÔNE-ALPES

Pr Serge HALIMI

Diabétologie - CHU
38700 La Tronche
Tél. 04 76 76 58 36 - Fax 04 76 76 88 65

PACA

Dr Monique OLLOCO-PORTERAT

Diabétologie
28, rue Verdi - 06000 Nice
Tél. 04 93 82 27 30 - Fax 04 93 87 54 51

Maria-Martine BONELLO-FARRAIL

Diabétologie
8 bis, Bd Joseph Garnier - 06000 Nice
Tél. 04 93 52 35 45 - Fax 04 93 98 77 91

Mme Sophie GACHET

Centre d'Éducation en Nutrition et
Diabétologie - La Gloriette
25, av. des Iles d'Or - 83400 Hyères
Tél. 04 94 35 22 40

QUÉBEC

Pr Jean-Luc ARDILLOUZE

Endocrinologie - CHU de Sherbrooke
30001-12E av Nord - J1H5N Sherbrooke - Québec
Canada - Tél. 819 564 52 41 - Fax 819 564 52 92

Vous avez réalisé ou testé une structure ou un matériel pour l'éducation des diabétiques ?

Faites-le connaître par **Diabète Éducation**

en nous écrivant : **Diabète Éducation - Dr Charpentier**
59, bd H. Dunant 91100 Corbeil Essonnes



DESG DE LANGUE FRANÇAISE

Section Francophone du Diabetes Éducation Study Group



SANTÉ - ÉDUCATION

Paris 2003

24 janvier 2003

AUDITORIUM DE L'INSTITUT PASTEUR

28, rue du docteur Roux - 75015 Paris

PRÉ-PROGRAMME

Conseil scientifique : Dr Alain Golay, Pr Gérard Reach, Dr Claude Colas, Dr Nadine Dufeu, Dr Anne-Marie Leguerrier, M. Jean Luc Huet, Mme Dorothee Romand.

La relation soignant - soigné dans la maladie chronique

Présidents : Dr Alain Golay, Pr Gérard Reach, Dr Claude Colas

- ❖ **Un aspect de l'ambivalence de la relation thérapeutique**
Pr Gérard Reach - Diabétologue (Paris)
- ❖ **Passions et paradoxes en diabétologie**
Dr Claude Colas - Diabétologue (Paris)
- ❖ **Empathie et relation soignant - soigné dans les maladies chroniques**
Dr Pascale Molho - Hématologue (Paris)
- ❖ **La bonne distance**
Mme Marie-Elisabeth Handman - Ethnologue (Paris)
- ❖ **Aspects pédo-psychiatriques des problèmes posés par le soin à l'enfant avec un diabète de type 1**
Dr Gilbert Vila - Pédiopsychiatre (Paris)
- ❖ **La motivation : une approche paradoxale**
Dr Françoise Kourilsky - Psychologue (Paris)
- ❖ **Dimension subjective de la maladie**
M. Jean Spirko - Psychanalyste (Paris)

La vie du DESG de Langue Française

Présidents : Dr Bernard Cirette, Mme Dorothee Romand

- ❖ **Région à l'honneur : La région Ouest** - Dr Anne-Marie Leguerrier (Rennes)

Communications orales

L'asthme : L'expérience des écoles de l'asthme

Président : Dr Nadine Dufeu



AJD
Information
Éducation
Diabète

— POUR TOUT RENSEIGNEMENT S'ADRESSER À : —

Dr Mosnier Pudar ;

Service des Maladies Endocrines et Métaboliques - Hôpital Cochin

27, rue du Faubourg Saint Jacques, Paris 75679 Cedex 14

tél 01 58 41 18 98 - fax 01 58 41 18 05

E-mail : Helen.mosnier-pudar@cch.ap-hop-paris.fr



FORMATION DES FORMATEURS

La Session 6, prochaine session de formation

Où ?

à L'ASSOCIATION REILLE
34, avenue Reille
75014 PARIS

Renseignements pratiques :

Pour toute candidature, nous adresser dès à présent un dossier comprenant un curriculum vitae détaillé, une lettre de motivation et l'avis favorable du chef de service si le candidat exerce en établissement public ou privé

Chaque participant devra fournir 5000 francs par module, non compris ses frais de déplacement et d'hôtellerie.

Le DESG de Langue Française a un numéro d'agrément pour la formation continue. Il est souhaitable que le candidat bénéficie d'une prise en charge financière au titre de la formation permanente, et pour ce faire, il lui appartient de faire dès à présent les démarches nécessaires auprès de son établissement. En cas d'impossibilité, le DESG-LF dispose de bourses que le candidat devra solliciter.

Quand ?

- ★ **MODULE 1**
DIAGNOSTIC ÉDUCATIF 27 au 29 mai 2002
- ★ **MODULE 2**
DIAGNOSTIC ÉDUCATIF 07 au 09 octobre 2002
Comment recueillir les informations
- ★ **MODULE 3**
Module PSYCHO ANALYTIQUE 02 au 04 décembre 2002
- ★ **MODULE 4**
Module PSYCHO SOCIOLOGIQUE 17 au 19 mars 2003
- ★ **MODULE 5**
COMMUNICATION 09 au 11 juin 2003
- ★ **MODULE 6**
COMMUNICATION (Suite) 06 au 08 octobre 2003
- ★ **MODULE 7**
ÉVALUATION 08 au 10 décembre 2003

Pour toute demande de renseignements ou inscription :

Christine BAUDOIN - DESG/Formation des Formateurs
INSERM - Unité 341
Hôpital de l'Hôtel-Dieu

1, place du Parvis Notre-Dame - 75181 Paris cedex 04

Tél. 01 42 34 81 41 - Fax 01 56 24 84 29 - Christine.baudoin@htd.ap-hop-paris.fr

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Serge HALIMI
Diabétologie CHU - 38700 La Tronche
Tél. : 04 76 76 58 36

DIRECTEUR DE RÉDACTION

Guillaume CHARPENTIER
Hôpital Gilles-de-Corbeil, 59, bd H.-Dunant
91100 Corbeil - Tél. : 01 60 90 30 86

RÉDACTEUR EN CHEF

Monique MARTINEZ
CH de Gonesse - 25, rue Pierre de Theilley
BP 71 - 95503 Gonesse cedex - Tél. : 01 34 53 27 53

DIABÈTE ÉDUCATION - COMITÉ DE RÉDACTION

Nadine BACLET (Paris)
Alina CIOFU (Pontoise)
Silvana LAURENT (Bobigny)
Marc LEVY (Nanterre)
Monique MARTINEZ (Gonesse)

Helen MOSNIER -PUDAR (Paris)
Agnès SOLA (Paris)
Martine TRAMONI (Neuilly-sur-Seine)
Nadia TUBIANA-RUFI (Paris)

MAQUETTE - Studio Grafiligne / Tél. 01 64 98 88 07 - Fax 01 64 98 76 60 / grafi.studio@wanadoo.fr
IMPRESSION - Imprilith / ZI de l'Orme Brisé - 5, rue de la Croix Blanche Pringy 77310 St-Fargeau-Ponthierry

IDF 2003

PARIS du 25 au 28 AOÛT 2003



Appel à résumés de communication en éducation
DATE LIMITE D'ENVOI : 17 février 2003

- Les résumés doivent être soumis en langue anglaise, langue officielle du congrès;
- Il est fortement recommandé de soumettre les résumés par voie électronique via le site www.idfparis2003.org

- Les mots clés pour le thème **ÉDUCATION** sont :

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| ★ Education | ★ Psycho-social |
| ★ Behaviour | ★ Quality of life |
| ★ Self management | ★ Teaching the teachers |

Nous comptons beaucoup sur votre aide pour relever ce défi!

18^e CONGRES DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DU DIABÈTE - PARIS UN GRAND CONGRES INTERNATIONAL EN ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

H Mosnier-Pudar, pour le sous comité d'organisation **ÉDUCATION**

L'année 2003 sera marquée, pour la communauté diabétologique (soignants - soignés) par la tenue à Paris du congrès IDF. Du 25 au 29 août 2003, le diabète prendra possession du Palais des Congrès, et au moins 12 000 congressistes vont se réunir pour échanger, informer, progresser dans le domaine de cette maladie chronique.

Pour la première fois, en plus d'un programme scientifique toujours de haut niveau, le comité d'organisation de ce congrès a décidé de faire une part aussi importante à d'autres aspects jusqu'alors moins mis sur le devant de la scène. Ainsi les soignants non médecins auront un programme entier dédié aux problèmes spécifiques qu'il peuvent rencontrer dans la gestion de cette maladie. L'organisation des soins pour la première fois sera abordée de façon individualisée et sous toutes ses facettes. Un des éléments qui tient le plus au cœur des organisateurs est d'ouvrir entièrement le congrès aux personnes vivant avec le diabète, au travers d'un programme de 4 jours conçu avec leurs concours et avec leurs interventions et l'accès à toutes les sessions.

Un effort financier tout particulier a été décidé pour permettre aux non soignants de venir à Paris assister au congrès.

De la même façon, pour la première, l'IDF va se donner les moyens de proposer un programme très dense et de très haut niveau en éducation. De nombreux sujets seront abordés, comme, par exemple, l'organisation de l'éducation, l'importance de l'éducation dans la prévention du diabète et de l'obésité, les nouveaux outils comme l'informatique, l'évaluation, la qualité de vie... Une partie de ce programme sera commun avec les autres thèmes du congrès, et en particulier avec le thème Vivre avec le diabète, pour tout ce qui concerne la famille, la relation soignants - soignés... Des orateurs prestigieux ont été invités, et ont accepté de venir, comme le Pr Assal, le Pr Deccache, et beaucoup d'autres.

Enfin, et ici aussi c'est une première, une large part de ce programme sur l'éducation thérapeutique sera dédiée à vos travaux, plusieurs sessions de communications orales et affichées sont prévues.

DIABÉTOLOGUES, INFIRMIERS, DIÉTÉTICIENS, PODOLOGUES, PSYCHOLOGUES, ÉDUCATEURS DE TOUT BORD... A VOS STYLOS. NOUS ATTENDONS VOS RÉSUMÉS DE COMMUNICATION, POUR TOUS ENSEMBLE RÉUSSIR UN CONGRES D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE A LA HAUTEUR !!